

BIANALISI - CMS ROVELLASCA

Via Dante Alighieri, 72

22069 Rovellasca (Co)

Tel. 02 96 34 37 94

info.cms@bianalisi.it

Direttore Sanitario: Dott. Luigi Simonetto

Nome e Cognome ATLETA _____ DATA _____

Barrare il riquadro **DOMANDE RIFERITE AL SOGGETTO DA VISITARE**E' la prima volta che esegue una visita di idoneità per lo sport? sì no Se **no**, è mai stato giudicato **NON IDONEO**? sì no oppure **SOSPESO**? sì no Se ha già eseguito visite per l'idoneità sportiva, sono mai stati richiesti degli esami ulteriori? sì no

Soffre o ha mai sofferto di malattie come:

diabete sì no **malattie o aritmie cardiache** sì no **ipertensione arteriosa** sì no **epilessia** sì no **altre patologie neurologiche** sì no **allergie** sì no **asma** sì no **altre patologie dell'apparato respiratorio** sì no Ha mai avuto episodi di **perdita di coscienza**? sì no Ha mai subito **traumi cranici**? sì no **con perdita di coscienza**? sì no Ha mai subito **infortuni rilevanti**? sì no Quali? _____Ha mai subito **interventi chirurgici**? sì no Quali? _____**Soffre di alterata funzione di organi** quali: rene – fegato – milza – stomaco – intestino – altro sì no Attualmente sta assumendo **farmaci**? sì no Se sì, per quale motivo? _____

Durante o al termine di un impegno sportivo ha mai lamentato malesseri quali:

dolori al torace sì no **disturbi del ritmo cardiaco** sì no **perdita di coscienza** sì no Ci sono **eventuali altre problematiche** che la riguardano e che intende segnalare al medico visitatore? sì no **DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI, NONNI)****Diabete** sì no Chi? _____**Patologie cardiache** sì no Chi? _____**Iipertensione arteriosa** sì no Chi? _____**Morte improvvisa prima dei 40 anni** sì no Chi? _____

DICHIARAZIONE: io sottoscritto dichiaro di aver correttamente ed esattamente informato il medico delle mie pregresse ed attuali condizioni psicofisiche, dei pregressi ed attuali quadri patologici e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite di legge o di essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico.

Firma del dichiarante (se maggiorenne) o del genitore/esercente patria potestà (se minorenne)